

# Ocena stanu psychoemocjonalnego pacjentek z nadmierną masą ciała w okresie okołomenopauzalnym po zastosowaniu diety redukcyjnej

## Assessment of psychoemotional state of overweight and obese women after reducing diet

Katarzyna Łokieć<sup>1</sup>,  
Małgorzata Loba<sup>1</sup>,  
Ewa Walecka-Kapica<sup>2</sup>,  
Małgorzata Górską-Ciebiada<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zakład Propedeutyki Chorób Cywilizacyjnych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

<sup>2</sup>Klinika Gastroenterologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Szczególną skłonność do otyłości i nadwagi przejawiają kobiety w okresie okołomenopauzalnym. Dietetyczne leczenie zespołów hiperalimentacji w tej grupie może mieć wielowymiarowe skutki.

Celem pracy była ocena stanu psychoemocjonalnego kobiet w okresie menopauzy z nadwagą i otyłością po zastosowaniu trzymiesięcznej diety redukcyjnej.

**Materiał i metody.** Do badań zakwalifikowano kobiety w wieku  $55 \pm 4,75$  roku. Wyodrębniono dwie grupy: I — 33 osoby z nadwagą, II — 32 osoby otyłe. W każdej grupie wykonano pomiary masy ciała i wzrostu, kwestionariusze: żywieniowy, Skalę Becka, Skalę Lęku Hamiltona na początku i po 3 miesiącach. Zastosowano w tym czasie dietę redukcyjną. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej.

**Wyniki.** Po zastosowaniu diety redukcyjnej u kobiet z nadwagą i otyłością zaobserwowano istotnie statystycznie poprawę stanu psychoemocjonalnego.

**Wnioski.** Zastosowanie odpowiedniej diety redukcyjnej u kobiet z nadwagą i otyłością w okresie okołomenopauzalnym wpływa korzystnie na poprawę nastroju i obniżenie uczucia lęku. Kobiety w okresie okołomenopauzalnym z nadmiarem masy ciała powinny dążyć do jej normalizacji w celu złagodzenia niekorzystnych psychicznych objawów wypadowych menopauzy.

(*Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2017, tom 8, nr 4, 171–176)

**Słowa kluczowe:** otyłość, menopauza, dieta redukcyjna, depresja, lęk

### ABSTRACT

**Introduction.** Particular predisposition to obesity and overweight occurs in perimenopausal women. Dietetic treatment of hyperalimentation syndrome in this group can have multidimensional effects. The aim of this study was to evaluate the psychoemotional state in overweight and obese perimenopausal women after performing three-month reducing diet.

### Adres do korespondencji:

dr n. med. Katarzyna Łokieć  
Zakład Propedeutyki Chorób Cywilizacyjnych  
UM w Łodzi  
Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii  
Centralny Szpital Kliniczny  
ul. Pomorska 251, 92–213 Łódź  
tel.: 42 201 43 40; faks: 42 201 43 41  
e-mail: kasialokiec@gmail.com

Copyright © 2017 Via Medica  
ISSN 2081–2450

►► W trudnym dla kobiet okresie menopauzy wiele niepożądanych objawów psychoemocjonalnych może złagodzić redukcja masy ciała ◀◀

**Material and methods.** The study involved women aged  $55 \pm 4,75$  years: group I — 33 overweight women and group II — 32 obese women. Dietetic questionnaire, Beck Depression Inventory and Hamilton Anxiety Scale were performed before and after three months in every group. Reducing diet was applied in both groups. Statistical data analysis was performed.

**Results.** After three-month reducing diet it was noticed that levels of depression and anxiety states were decreased (which was statistically significant).

**Conclusions.** Application of appropriate reducing diet in perimenopausal overweight and obese women may cause the change of psychoemotional state. Perimenopausal overweight and obese women should aim to weight reduction in the context of relaxation of psychological negative menopausal symptoms.

(*Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2017, tom 8, nr 4, 171–176)

**Key words:** obesity, menopause, reducing diet, depression, anxiety

## WSTĘP

Według badań odsetek otyłych Polek wzrasta po przejściu menopauzy dwukrotnie [1, 2]. Otyłość to choroba, którą bardzo łatwo można rozpoznać, natomiast trudno się ją leczy. Okres okołomenopauzalny trwa 2–8 lat i dotyczy zmian rytmu miesięczkowania, objawów klinicznych zapowiadających menopauzę oraz jeden rok po jej ustąpieniu. W Polsce menopauza dotyczy kobiet w wieku  $\pm 50,8$  roku. Ustaje miesięczkowanie i pojawiają się objawy kliniczne związane z hipiestrogenizmem. Wymienia się naczyńioruchowe, somatyczne, psychiczne zespoły objawów wypadowych związanych z przekwitaniem. Wpływają one na jakość życia kobiet w tym okresie, a hiperalimentacja potęguje na przykład bezsenność, skłonność do uderzeń gorąca czy przygnębienie [3, 4].

Zespoły hiperalimentacji w okresie przekwitania wymagają szczególnego podejścia lekarzy i dietetyków, ponieważ samo klimakterium jest czynnikiem wpływającym na powstawanie zaburzeń nastroju o charakterze depresji. Należy badać inne przyczyny modyfikowalne, w tym dietę, aby zapobiegać rozwojowi otyłości i nadmiarowi tkanki tłuszczowej trzewnej w grupie kobiet po menopauzie. Otyłe kobiety doświadczają obniżenia jakości życia w wielu wymiarach. Otyłości towarzyszy permanentny stres psy-

chiczny, który wynika z niskiej samooceny, a podczas menopauzy dodatkowo się on nasila [5–8].

Z racji wieloaspektowości występowania otyłości u kobiet w okresie okołomenopauzalnym ustalenie jednej przyczyny jej występowania nie jest możliwe. Badacze próbują zgłębiać podłoże nadmiaru masy ciała, z racji stale rosnącej liczby kobiet otyłych, w celu znalezienia rozwiązań terapeutycznych. Być może to właśnie redukcja masy ciała pozwoli także złagodzić wiele niepożądanych objawów psychoemocjonalnych w tym trudnym dla kobiet okresie menopauzy.

## MATERIAŁ I METODY

Celem badania była ocena stanu psychoemocjonalnego pacjentek z nadmierną masą ciała w okresie okołomenopauzalnym po zastosowaniu diety redukcyjnej.

Badania przeprowadzono wśród pacjentek Kliniki Gastroenterologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Wojskowej Akademii Medycznej — Centralnego Szpitala Weteranów w Łodzi, za ich zgodą. Badaniem objęto 97 kobiet od 44 do 65 roku (średnia wieku  $55 \pm 4,75$  roku).

Obecność zespołów hiperalimentacji u kobiet diagnozowano na podstawie pomiarów antropometrycznych: masy ciała za pomocą wagi lekarskiej z dokładnością do 0,1 kg

bez obuwia, w lekkiej odzieży, a wysokości ciała w pozycji frankfurckiej za pomocą wzrostomierza z dokładnością do 0,5 cm. Z uzyskanych wartości pomiarów wyliczono wartość wskaźnika masy ciała (BMI, *body mass index*). Wyodrębniono dwie grupy: I — 33 kobiety z nadwagą (BMI 25–29,9 kg/m<sup>2</sup>) i II — 32 kobiety otyłe (BMI > 30 kg/m<sup>2</sup>).

Każda z osób wypełniła ankietę skonstruowaną przez autorów, na potrzeby tego badania. Zawierała ona 12 pytań dotyczących częstości występowania w diecie poszczególnych grup produktów. Pacjentki otrzymały omówienie diety redukcyjnej opartej na piramidzie żywienia, z indywidualnie dobraną kalorycznością i przelicznikiem miar domowych. Ponownie wypełniły ankietę po 3 miesiącach stosowanej diety. Badane miały możliwość kontaktu telefonicznego z dietetykiem według własnej potrzeby podczas trwania badania.

Przeprowadzono również dwa kwestionariusze dotyczące stanu psychoemocjonalnego. Na badanie samoopisowe, pomocnicze Skalą Becka (BDI, *Beck Depression Inventory*) składało się 21 pytań, z czterema wariantami odpowiedzi określającymi natężenie zjawiska, które opisuje pytanie. Pacjentki same wypełniały ankietę uwzględniając ostatnie 6 miesięcy. Jednostkowo zsumowano punkty i wykorzystano do oceny poziomu depresji pacjentki [9]. Badanie wykonano na wstępie i po trzech miesiącach obserwa-

cji. Wynik poniżej 11 pkt. świadczył o braku depresji, powyżej — może być wskazaniem do konsultacji ze specjalistą. Ponadto do oceny zaburzeń lękowych wykorzystano przesiewowy test Skali Lęku Hamiltona (HAS, *Hamilton Anxiety Scale*). Specjalista przeprowadzający wywiad oceniał subiektywnie objawy na podstawie 14 pytań, z których połowa dotyczyła sfery psychicznej, druga część — somatycznej. Maksymalnie za każdą część testu kobiety mogły uzyskać 28 pkt. Za nieprawidłowy wynik uznano więcej niż 18 pkt. Badanie testem HAS wykonano dwukrotnie [10, 11].

Wyniki badań poddano analizie statystycznej. Sprawdzono normalność rozkładów wszystkich analizowanych zmiennych i zastosowano odpowiednie testy: test *t* Studenta i W Wilcoxona. Wyniki uznano za istotne statystycznie przy  $p < 0,05$ .

## WYNIKI

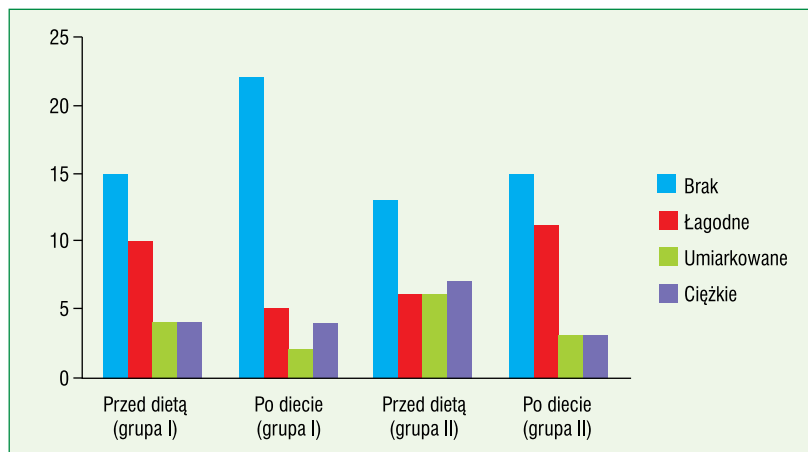
Charakterystykę ogólną badanych kobiet w okresie okołomenopauzalnym z zespołami hiperalimentacji (nadwagą i otyłością) przedstawiono w tabeli 1.

W badaniach własnych zaobserwowano różnice istotne statystycznie między pierwszym (przed stosowaną dietą) i drugim (po zastosowaniu diety redukcyjnej) pomiarem u kobiet z zespołami hiperalimentacji. Po okresie stosowania diety redukcyjnej poziom depresji istotnie się zmniejszył w obu grupach. Umiarkowane i poważne obniże-

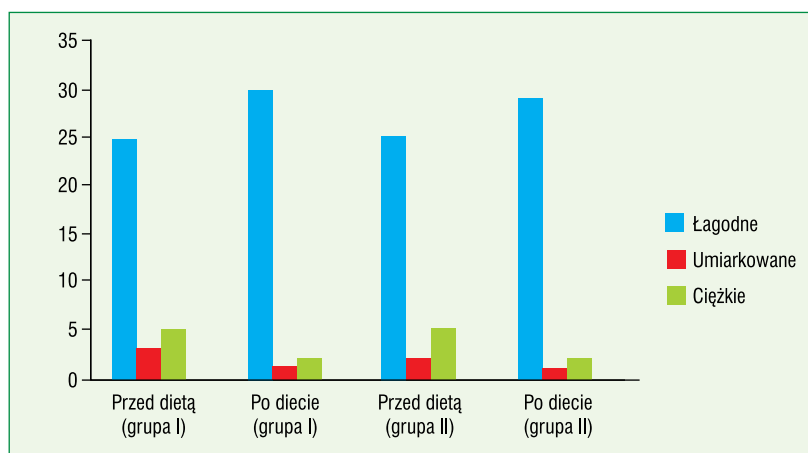
Tabela 1. Różnice przed i po zastosowaniu diety w zakresie analizowanych zmiennych  
Table 1. Comparison of the field before and after a diet in the variable analysis set

	n	BMI [kg/m <sup>2</sup> ]	Nasilenie depresji	Nasilenie lęku
			Analiza statystyczna test <i>t</i> Studenta, test Wilcoxona	
Grupa I	33	t = 4,833 p = 0,000*	Z = 4,676 p = 0,000*	Z = 4,747 p = 0,000*
Grupa II	32	Z = 4,219 p = 0,000*	Z = 4,790 p = 0,000*	Z = 2,097 p = 0,036*

\* $p < 0,05$



**Rycina 1.** Nasilenie depresji u kobiet z nadwagą (grupa I) i otyłością (grupa II) przed i po redukcji masy ciała  
**Figure 1.** Intensity of depression in the overweight women (group I) and obese women (group II) before and after the weight reduction



**Rycina 2.** Nasilenie lęku u kobiet z nadwagą (grupa I) i otyłością (grupa II) przed i po redukcji masy ciała  
**Figure 2.** Intensity of anxiety in the overweight women (group I) and obese women (group II) before and after the weight reduction

nie nastroju po zmianie stylu życia zgłosiło tylko kilka pacjentek (ryc. 1).

Po okresie stosowania diety redukcyjnej poziom lęku istotnie się zmniejszył w obu grupach. Po spadku masy ciała, dzięki zmianie stylu życia, w obu grupach zaobserwowano istotnie statystyczną mniejszą liczbę epizodów umiarkowanych i poważnych stanów lękowych (ryc. 2).

#### DYSKUSJA

W związku z narażeniem na liczne problemy zdrowotne kobiet w okresie okołomenopauzalnym, ważne jest prowadzenie badań pod

kątem zdefiniowania rodzaju czynników odpowiedzialnych za zaburzenia nastroju występujące w tej grupie najczęściej. Stała zmiana nawyków dietetycznych mająca na celu eliminowanie błędów żywieniowych i naukę właściwego sposobu odżywiania wpływa w istotny sposób na poprawienie zdrowia [12–14]. Dodatkowo badania własne oraz innych autorów wskazują na polepszenie jakości życia kobiet w okresie okołomenopauzalnym i dodatnią korelację między otyłością a depresją [15]. Metaanaliza badań (de Wit i wsp. [16]) podkreśla zachodzącą u kobiet zagrożonych depresją

▶▶ Stała zmiana nawyków dietetycznych mająca na celu eliminowanie błędów żywieniowych i naukę właściwego sposobu odżywiania wpływa w istotny sposób na poprawienie zdrowia ◀◀

tendencję do spożywania większej ilości pokarmu a zanikomej aktywności fizycznej. Czas klimakterium jest ściśle związany ze wzmożoną podatnością na wystąpienie zaburzeń nastroju. Według doniesień Jones i wsp. [17] dotyczących jakości życia kobiet po klimakterium, pacjentki otyłe zgłaszają częściej brak energii życiowej oraz obniżające komfort codziennego funkcjonowania, utrudnienia natury fizycznej. Wyniki badań własnych potwierdzają tę tendencję, a zastosowanie trzymiesięcznego zmodyfikowanego sposobu odżywiania ukazało poprawę samopoczucia. Zarówno w grupie kobiet z nadwagą, jak i otyłych obniżyły się wartości Skali Becka i Hamiltona, co oznacza poprawę nastroju, znaczący spadek stanów lękowych w całej grupie kobiet po menopauzie z zespołami hiperalimentacji. Badanie zakończono, natomiast prowadzone są dalsze obserwacje pacjentek. Być może to dobrze skomponowany jadłospis na bazie węglowodanów złożonych i produktów bogatych w antyoksydanty, witaminy z grupy B czy niezbędne nienasycone kwasy tłuszczowe (NNKT) ma wpływ na poprawę stanu emocjonalnego u badanych kobiet. Neurochemiczna teoria podłoża depresji sugeruje związek między nastrojem pacjentek a obniżeniem w ich organizmie stężeń serotoniny — neuroprzekaźnika odpowiadającego w organizmie za nastrój czy apetyt. Powstaje on z L-tryptofanu w obecności witamin B<sub>6</sub>, B<sub>9</sub>, B<sub>12</sub>. Wzrost częstości występowania depresji niektórzy badacze starają się wytłumaczyć przez zwiększenie stosunku wielonienasyconych kwasów tłuszczowych n-6 (z olejów roślinnych) do n-3 (olejów rybnych). Na tej podstawie przyjmuje się, według zaleceń, że tłuste ryby morskie należy spożywać minimum raz w tygodniu [18–21]. Przyjmowanie pokarmu to nie tylko zaspokojenie jednej z podstawowych funkcji biologicznych, podtrzymujących egzystencję. Odżywianie jest sposobem zmniejszenia frustracji i kompensowania innych potrzeb.

Można powiedzieć, że jedzenie pełni u kobiet w okresie okołomenopauzalnym funkcję nagrody, pocieszenia, „leku” na nudę, samotność i napięcie w sytuacjach, kiedy człowiek odczuwa deficyt racjonalnych sposobów radzenia sobie w trudnych okolicznościach [22]. Często słodczyce, również powodujące wzrost masy ciała, są przez grupę kobiet otyłych w okresie menopauzy traktowane jak odprężenie, wytchnienie i przyjemność [23].

Wiadomo, że otyłość jest niebezpieczna w każdym okresie życia i czynnikiem ryzyka wystąpienia chorób cywilizacyjnych. Wiele kobiet w wieku okołomenopauzalnym w obawie przed znacznym przyrostem masy ciała i innymi niepożądanymi konsekwencjami, samodzielnie podejmuje próby zmniejszenia masy ciała lub zahamowania jej nadmiernego przyrostu. Postępowanie bywa często nieprawidłowe, niezgodne z zasadami racjonalnego żywienia i niekonsekwentne. Najczęściej redukcja podaży energetycznej jest zbyt duża, następuje eliminacja spożycia produktów, które dostarczają wiele cennych składników odżywczych. Nieumiejętne odchudzanie w tym okresie może prowadzić do niedoborów potrzebnych składników pokarmowych, a w efekcie, przyspieszyć lub nasilić niektóre objawy neurowegetatywne, przyspieszyć proces starzenia organizmu, wysychanie błon śluzowych i skóry, zwiększyć zapadalność na wiele chorób metabolicznych i nowotworowych [24, 25]. Nawet jeśli redukcja masy ciała u kobiet w okresie okołomenopauzalnym nie jest wystarczająca, należy namawiać je do zmiany zachowań żywieniowych [26]. Prawidłowe żywienie może nie tylko zmniejszyć ryzyko rozwoju chorób, ale także poprawić samopoczucie kobiet, co jest ważne dla jakości ich życia.

## WNIOSKI

1. Zastosowanie trzymiesięcznej diety redukcyjnej u kobiet w okresie około-

▶ Według doniesień dotyczących jakości życia kobiet po klimakterium pacjentki otyłe zgłaszają częściej brak energii życiowej oraz obniżające komfort codziennego funkcjonowania utrudnienia natury fizycznej. Wyniki badań własnych potwierdzają tę tendencję, a zastosowanie trzymiesięcznego zmodyfikowanego sposobu odżywiania wpłynęło na poprawę samopoczucia ◀◀

▶ Nawet jeśli redukcja masy ciała u kobiet w okresie okołomenopauzalnym nie jest wystarczająca, należy namawiać je do zmiany zachowań żywieniowych ◀◀

menopauzalnym z nadwagą i otyłością istotnie wpływa na poprawę kondycji emocjonalnej zmniejszając występowanie depresji.

2. Ta sama interwencja żywieniowa u pacjentek w czasie klimakterium z nadmiarem masy ciała znacząco zmniejsza częstość odczuwania stanów lękowych.
3. Należy prowadzić do normalizacji masy ciała kobiet w okresie okołomenopauzalnym i objąć je szczególną opieką, uwzględniając w zespole terapeutycznym wykwalifikowanego dietetyka.

Praca finansowana była przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi z zadania badawczego nr 502-03/5-006-05/502-54-087.

#### PIŚMIENNICTWO

1. Milewicz A, Tworowska U, Demissie M. Menopausal obesity — myth or fact? *Climacteric*. 2001; 4(4): 273–283, indexed in Pubmed: [11770183](#).
2. Pertyński T, Połać I. Otyłość w okresie pomenopauzalnym. In: Pertyński T, Połać I. ed. *Menopauza*. Wydawnictwo ADI, Łódź 2000: 85–92.
3. Skalba P. Przekwitanie (klimakterium). In: Skalba P. ed. *Diagnostyka i leczenie zaburzeń endokrynologicznych w ginekologii*. Medycyna Praktyczna, Kraków 2014: 281–321.
4. Pertyński T, Stetkiewicz T. Perimenopauza. In: Pertyński T, Stetkiewicz T. ed. *Diagnostyka i terapia wieku menopauzalnego*. Urban&Partner, Wrocław 2004: 313.
5. Bąk-Sosnowska M. Znaczenie czynników psychologicznych w zapobieganiu ponownemu przyrostowi masy ciała u osób otyłych po kuracji odchudzającej. *Endokrynol Otył Zab Przem Mat*. 2007; 3(2): 47–48.
6. Bąk-Sosnowska M, Zahorska-Markiewicz B. Aspekty psychologiczne grupowego leczenia otyłości. *Med Metabol*. 2003; 7(3): 73–77.
7. Kłosiewicz-Latoszek L, Cybulska B. Podstawowe zasady dietetycznego leczenia otyłości. *Med Metabol*. 2009; 13: 86–90.
8. Wieder-Huszla S, Grześkowiak H, Jurczak A, et al. Style radzenia sobie ze stresem kobiet w okresie okołomenopauzalnym z uwzględnieniem intensywności objawów wypadowych. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2014; 22(1): 82–90.
9. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961; 4: 561–571, indexed in Pubmed: [13688369](#).
10. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959; 32(1): 50–55, indexed in Pubmed: [13638508](#).
11. Benke M. Methodical investigations of the Hamilton Anxiety Scale. *Pharmacopsychiatry*. 1987; 20(6): 249–255.
12. Zahorska-Markiewicz B. *Zasady postępowania w otyłości*. Wydawnictwo Archi-Plus, Kraków 2009: 15–16.
13. Kłosiewicz-Latoszek L. Zmiany masy i składu ciała po 1 roku stosowania diety niskoenergetycznej. *Przeg Lek*. 2006; 63: 723–727.
14. Krogulski S, Lipińska-Szałek A. Zaburzenia psychiczne związane z okresem przekwitania u kobiet. In: Lewiński A, Lipińska-Szałek A. ed. *Menopauza bez tajemnic*. PZWL, Warszawa 2006: 89–103.
15. Tkaczuk-Włach J, Włach R, Sobstyl M, et al. Otyłość w okresie około- i pomenopauzalnym. *Menopausal Review*. 2012; 6: 514–517, doi: [10.5114/pm.2012.32549](#).
16. de Wit L, Luppino F, van Straten A, et al. Depression and obesity: a meta-analysis of community-based studies. *Psychiatry Res*. 2010; 178(2): 230–235, doi: [10.1016/j.psychres.2009.04.015](#), indexed in Pubmed: [20462641](#).
17. Jones GL, Sutton A. Quality of life in obese postmenopausal women. *Menopause Int*. 2008; 14(1): 26–32, doi: [10.1258/mi.2007.007034](#), indexed in Pubmed: [18380958](#).
18. Fetterman JW, Zdanowicz MM. Therapeutic potential of n-3 polyunsaturated fatty acids in disease. *Am J Health Syst Pharm*. 2009; 66(13): 1169–1179, doi: [10.2146/ajhp080411](#), indexed in Pubmed: [19535655](#).
19. Logan AC. Omega-3 fatty acids and major depression: a primer for the mental health professional. *Lipids Health Dis*. 2004; 3: 25, doi: [10.1186/1476-511X-3-25](#), indexed in Pubmed: [15535884](#).
20. Larsson SC, Kumlin M, Ingelman-Sundberg M, et al. Dietary long-chain n-3 fatty acids for the prevention of cancer: a review of potential mechanisms. *Am J Clin Nutr*. 2004; 79(6): 935–945, indexed in Pubmed: [15159222](#).
21. Ness AR, Gallacher JEJ, Bennett PD, et al. Advice to eat fish and mood: a randomised controlled trial in men with angina. *Nutr Neurosci*. 2003; 6(1): 63–65, doi: [10.1080/1028415021000056069](#), indexed in Pubmed: [12608739](#).
22. Ziółkowska B, Mroczkowska D. Dlaczego jemy? Uwarunkowania stosunku do jedzenia w cyklu życia na podstawie analizy wyników wstępnego sondażu. *Tęrażniejszość – człowiek – edukacja*. 2012; 4: 99–114.
23. Kosicka-Gębska M, Jeznach M, Jeżewska-Zychowicz M. Spożycie słodczy i poglądy konsumentów o ich wpływie na zdrowie i funkcjonowanie człowieka. *Bro-mat Chem Toksykol –XLIV*. 2011; 3: 999–1004.
24. Pytasz U, Lewiński A. Podstawy dietetyki okresu okołomenopauzalnego. In: Pertyński T. ed. *Diagnostyka i terapia wieku menopauzalnego*. Urban & Partner, Wrocław 2004: 427–433.
25. Pytasz U, Lewiński A. Problemy żywieniowe kobiet w okresie okołomenopauzalnym. *Przeg Menopauz*. 2004; 4: 26–30.
26. Cooper GS, Baird DD, Darden FR. Measures of menopausal status in relation to demographic, reproductive, and behavioral characteristics in a population-based study of women aged 35–49 years. *Am J Epidemiol*. 2001; 153(12): 1159–1165, indexed in Pubmed: [11415950](#).